**zał. nr 6 do SWZ**

**WYKAZ ROBÓT**

Dotyczy:postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Utworzenie Pracowni Leku Cytostatycznego w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej na podstawie projektu budowlanego – Adaptacja pomieszczeń Pracowni w nowej lokalizacji” Nr Referencyjny : ZP/PN/20/05/2021**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj**  (**zakres i opis) roboty**  (zawarte tu informacje muszą jednoznacznie potwierdzać wymagania określone  w pkt 5 SWZ | **Wartość brutto roboty [zł]** | **Data rozpoczęcia roboty**  (dd.mm.rrrr) | **Data zakończenia roboty**  (dd.mm.rrrr) | **Nazwa, adres podmiotu, na rzecz którego została zrealizowana robota** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Należy załączyć dowody określające czy roboty zostały wykonane należycie.

Data, miejscowość oraz podpis(-y):

………………………………………………………….

(Dokument składany, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy.)